

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° _____

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Marcel Jean-Marie TALBOT

Né le 21 Décembre 1913 à Fécamp (Seine-Inférieure)

**Contribution à l'étude
des Kystes médians de la base
ou juxtasternaux du cou**

Président : M. GOSSET, Professeur.

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

—
1939

THE

BOOK

DOCTORAL

THE

THE

THE

THE

THE

THE

THE

THE

THE

THE

THE

THE

THE

THE

THE

THE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° _____

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Marcel Jean-Marie TALBOT

Né le 21 Décembre 1913 à Fécamp (Seine-Inférieure)

**Contribution à l'étude
des Kystes médians de la base
ou juxtasternaux du cou**

Président : M. GOSSET, Professeur.

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

	MM.
Clinique gynécologique	ROUVIERE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	Léon BINET.
Clinique thérapeutique médicale	STROHL.
Clinique oto-rhino-laryngologique	POLONOVSKI.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Robt DEBRE.
Clinique propédeutique	BRUMPT.
Clinique de la Tuberculose	BAUDOUIN.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	ABRAMI.
Clinique de cardiologie	MONDOR.
Clinique de neuro-chirurgie	LEROUX.
Assistance médico-sociale	CHAMPY.
Professeurs sans chaire	TIFFENEAU.
»	HARVIER.
»	TANON.
»	BALTHAZARD.
»	LAIGNEL-LAVASTINE.
»	FIESSINGER.
»	CHIRAY
Hygiène et médecine préventive	LOEPER.
Médecine légale	CARNOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CLERC.
Pathologie expérimentale et comparée	Marcel LABBE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	LEREBoullet.
Clinique médicale	NOBECOURT.
»	H. CLAUDE.
»	GUILLAIN.
»	GOUGEROT.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEMIERRE.
Clinique des maladies des enfants	CUNEO.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	GOSSET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GREGOIRE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	LENORMANT.
Clinique des maladies infectieuses	TERRIEN.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
»	LEVY-SOLAL
Clinique ophtalmologique	MOCQUOT.
Clinique urologique	OMBREDANNE.
Clinique d'accouchements	RATHERY.
»	LEMAITRE.
Anatomie	Pierre DUVAL.
Physiologie	Maurice VILLARET.
Physique médicale	TROISIER
Chimie médicale	MATHIEU.
Bactériologie	LAUBRY.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	clovis VINCENT.
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	HAZARD
Pathologie chirurgicale	NOVELACQUE.
Anatomie pathologique	MULON.
Histologie	OLIVIER.
Pharmacologie et matière médicale	SANNIE
Thérapeutique	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ANELINE	Pathologie chirurgie.
BABIETY	Pathologie médicale.
BERNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) .	Pathologie médicale.
Justin BESANÇON ...	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgie.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie Médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
HUGUENIN	Anat. pathologique.
JOANNON	Hygiène.

MM.	
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgie.
MIL J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie
MENEGAUX	Pathologie chirurgie.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgie.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS ..	Anat. pathologique.
PIEDIEUVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgie.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathol chirurgie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgie.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERI	Physiologie.
GUENIOT	Chimie.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgie.

MM.	
VAUDESCAL	Pathologie chirurgie.
NEVEU-LEMAIRE ...	Obstétrique.
SCHWARTZ	Patholog. chirurgicale
LE LORIER	Obstétrique.
LARDENNOIS	Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULÉ	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VALLERY- RADOT	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique Chirurgicale.
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER	
MOURE	
QUENU	
VELTER	} Clinique obstétricale.
ECALLE	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBAND	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

*Dont la bonté et la haute valeur morale
seront toujours pour moi un exemple.*

A MA MÈRE

*Avec toute ma reconnaissance pour sa
tendre sollicitude, son dévouement
sans bornes.*

A MA FEMME

Hommage de ma tendresse infinie.

A MA SŒUR

Avec toute mon affection.

A MA TANTE

*Témoignage de ma profonde reconnais-
sance.*

A MA FAMILLE — A MES AMIS

M. LE PROFESSEUR GOSSET

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien de la Salpêtrière
Commandeur de la Légion d'Honneur
Membre de la Société Nationale de Chirurgie

*Avec l'expression de notre gratitude pour
le grand honneur qu'il nous fait en
acceptant la présidence de thèse.*

A M. LE PROFESSEUR DESSAINT

Chirurgien des Hôpitaux de Rouen
Professeur à l'Ecole de Médecine de Rouen
Professeur à l'Ecole du Service de Santé à Rouen
(Septembre 1939)
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a constamment guidé de ses
conseils.*

*Son enseignement acquis pendant l'année
d'internat que nous fîmes dans son ser-
vice, nous fut infiniment précieux.*

*Il ne cessa de nous témoigner en toute
circonstance sa plus chaude sympathie
et son dévouement absolu.*

*Nous le prions de croire à toute notre re-
connaissance et à notre respectueux
attachement.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX
DE PARIS

EXTERNAT

1937-1938 :

M. LE PROFESSEUR OMBREDANNE

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile
et Orthopédie
Membre de l'Académie de Chirurgie

*Nous avons eu l'honneur d'être son
externe et nous garderons de sa bien-
veillance et de son remarquable ensei-
gnement un souvenir particulièrement
reconnaissant.*

1938-1939 :

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ALAJOUANINE

Médecin des Hôpitaux

*Qu'il veuille bien trouver ici l'hom-
mage de notre admiration pour son
merveilleux enseignement et notre re-
connaissance pour l'attention qu'il n'a
cessé de nous prodiguer.*

1939-16 Septembre 1939 :

M. LE DOCTEUR CELICE

Médecin des Hôpitaux

Sa bienveillance pour nous fut toujours très grande. Son enseignement clinique du plus haut intérêt nous sera d'un grand secours au long de notre carrière médicale.

M. LE DOCTEUR FÈVRE

Professeur Agrégé
Chirurgien des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR P. PETIT

Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté

M. LE DOCTEUR JUDET

Chef de Clinique à la Faculté

M. LE DOCTEUR THUREL

Assistant à l'Hospice de Bicêtre

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX
DE ROUEN

EXTERNAT

1932-1933 :

M. LE DOCTEUR LOISEL
Médecin des Hôpitaux

1933-1934 :

M. LE PROFESSEUR PETIT
Chirurgien des Hôpitaux

1934-1935 :

M. LE DOCTEUR CASTAGNOL
Médecin des Hôpitaux

INTERNAT

1935-1936 :

M. LE DOCTEUR SAMSON
Médecin des Hôpitaux

1936-1937 :

M. LE DOCTEUR DESSAINT
Chirurgien des Hôpitaux

*Leur enseignement nous fut des plus
précieux.
Hommage de notre reconnaissance.*

A M. LE DOCTEUR J. TURIAF

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chef de Clinique à la Faculté

*Nous avons eu l'honneur d'être son élève.
Que le conférencier veuille trouver ici
l'hommage de notre admiration et le
médecin notre vive reconnaissance.
Qu'il veuille trouver ici une bien modeste
marque de notre gratitude et de notre
respectueuse amitié.*

A MES MAITRES DE CONFÉRENCE

M. LE DOCTEUR A. DEROCQUE

Chirurgien des Hôpitaux de Rouen

M. LE DOCTEUR POTEZ

Médecin des Hôpitaux de Rouen

M. LE DOCTEUR STEWART

Médecin des Hôpitaux de Rouen

M. LE DOCTEUR MALGRAS

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

M. LE DOCTEUR CHAMPEAU

Interne des Hôpitaux de Paris

*Leur enseignement est à la base de toutes
nos études médicales. Qu'ils veuillent
trouver ici un faible hommage de notre
gratitude.*

AVANT-PROPOS

Dans un article récent, G. B. New et J. B. Erich, de Rochester (U.S.A.), ont publié une importante statistique relative aux kystes de la tête et du cou.

Sur 203 kystes de cette région opérés à la clinique Mayo, ils n'ont rencontré que quatre cas de kyste sus-sternal siégeant sur la ligne médiane.

C'est donc là une affection relativement rare et leur origine obscure a été bien des fois controversée.

Aussi, l'observation d'un petit malade, recueillie dans le service de notre maître, M. le Professeur Dessaint, nous a-t-elle paru mériter d'être citée et, dans ce cas particulier, il semble que ce récent cas puisse contribuer à apporter une nouvelle preuve clinique et anatomique du développement de ces kystes aux dépens d'une inclusion fœtale.

OBSERVATION

Enfant B... Serge, âgé de 5 ans.

Entré dans le service pour une tuméfaction sus-sternale apparue il y a sept à huit semaines, cette tumeur aurait grossi très rapidement, justifiant l'inquiétude des parents.

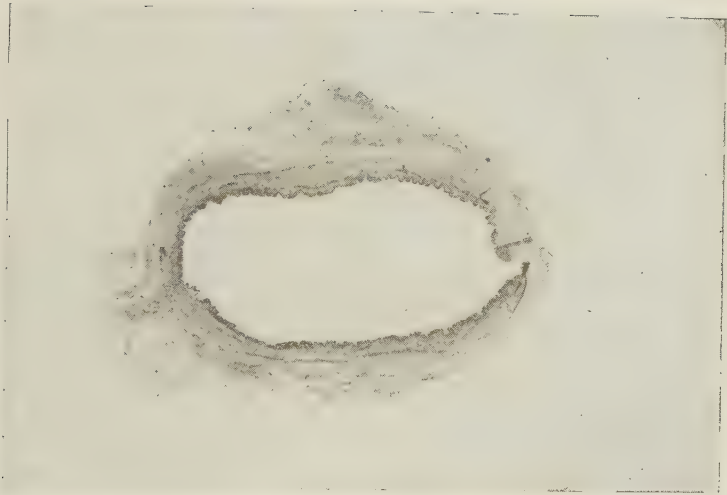
— A l'examen, enfant de constitution robuste.

— On note au-dessus de la fourchette sternale, juste devant son bord supérieur, une tumeur assez régulière, de forme ovoïde à grand axe transversal (5 cm. de large, 4 cm. de haut).

— A la palpation, cette tumeur glisse bien sous la peau. Elle n'adhère pas aux plans profonds.

— Cette tumeur est mobile à la fois dans le sens transversal et également un peu dans le sens vertical. On peut l'abaisser devant la fourchette sternale et l'élever dans le cou, mais dans de moindres proportions — le doigt passe à peine entre son bord inférieur et le bord supérieur du sternum auquel semblent le retenir des parties fibreuses.

— Elle est de consistance rénitente, tout à fait indolore. Fait capital, on ne constate aucune adénopathie dans les territoires lympho-ganglionnaires avoisinants.



Coupe de kyste sus-sternal.
Coloration *Hématéine-Eosine*.

— On pose le diagnostic de kyste congénital du cou et l'on décide d'opérer.

Intervention (anesthésie éther). Professeur Dessaint.

Incision arciforme, à convexité inférieure, juste devant le bord sternal.

Dissection du kyste qui n'a aucun pédicule, aucune attache.

En voulant éviter une veine transversale qui le frôle, le bistouri ouvre le kyste, il en sort un liquide d'aspect nettement purulent et verdâtre.

Fermeture per primam.

Suites sans incidents.

Examen du liquide prélevé.

Aucun élément lymphocytaire, aucun microbe.

L'inoculation a été pratiquée, elle a été négative.

Le Docteur Delarue a pratiqué l'*examen histologique* de la pièce.

« Kyste formé d'une paroi fibreuse épaisse et dense, tapissée par un épithélium simple à hautes cellules cylindriques ciliées dont certaines ont des caractères sécrétoires rappelant la cellule caliciforme.

— Reste de tissu lymphoïde dans le chorion et il conclut :

Kyste congénital sans caractère de malignité.

Il a semblé à notre maître que les caractères cliniques, la situation médiane très basse, préfurcale,

et surtout l'aspect histologique de la tumeur méritaient de retenir l'attention et permettaient d'illustrer les théories embryologiques que les auteurs récents ont mis en honneur.

Le plan de notre travail sera fort simple.

— Un rapide chapitre d'embryologie nous rappellera la formation du cou.

— Un chapitre anatomo-pathologique nous fera passer en revue les différents types de tumeurs susceptibles d'être rencontrés.

— Et surtout après un court rappel historique, un chapitre de pathogénie nous permettront d'envisager comment, successivement, les différents auteurs ont envisagé l'interprétation de la formation de ces tumeurs.

— Nous terminerons par un ensemble englobant l'étude clinique, le diagnostic et le traitement de cette affection.

1° *Rappel embryologique.*

L'embryogénie des kystes préfurcaux (de furca : fourche), trouve son explication dans l'évolution de l'architecture du cou. Cette architecture est, pour certains, essentiellement liée à l'évolution des sillons branchiaux qui représentent chez l'homme les fentes branchiales, lesquelles n'y sont d'ailleurs à aucun moment très accentuées.

Les arcs branchiaux sont, nous le savons, au nombre de quatre.

La soudure des deux arcs mandibulaires va former le « tuberculum impar ».

Les 2°, 3° 4° arcs ne se soudent pas.

Au-dessous du « tuberculum impar », les deux arcs émettent en haut les ébauches postérieures de la langue, car celle-ci provient de deux rudiments :

a) L'un antérieur, formant le corps de l'organe occupant le sommet de l'espace triangulaire à base inférieure, qui répond à l'écartement persistant des moitiés antérieures des 2°, 3° et 4° arcs.

b) L'autre postérieur, constituant la base de l'organe, ayant la forme d'un « V » ouvert en avant, qui emboîte l'autre et qui répond au « V » lingual des papilles caliciformes de l'adulte.

Entre ces deux portions de la langue et par invagination d'un bourgeon de l'épithélium buccal, prend naissance le canal Thyro-lingual de Bochdalek.

C'est d'abord un petit cul-de-sac tapillé d'épithélium, puis ce bourgeon pousse de haut en bas, s'allonge et fournit, par son extrémité inférieure renflée et bilobée, l'ébauche de la thyroïde médiane.

Normalement, le pédicule qui rattache la thyroïde à l'épithélium de la langue s'amincit et disparaît. Dans quelques cas, il peut persister sur une longueur variable de son trajet sous la forme d'un cor-

don cellulaire creusé d'une varité que tapisse un épithélium cylindrique à cils vibratiles.

C'est à une évolution anormale et à la distension kystique du canal de Bochdalek qu'on rattache la formation des kystes mucoïdes de la ligne médiane.

Mais il ne faut pas oublier qu'il ne s'agit là que d'une opinion valable pour la région thyro-hyoïdienne.

Dans notre cas, il semble plutôt s'agir, non pas du canal thyreo-glosse, qui se termine bien plus haut, mais du processus operculaire, formation voisine de lui.

C'est aux dépens de cette formation que certains éléments pourront se trouver entraînés dans le thorax, lorsque la région mentonnière, primitivement adjacente à la région précordiale, s'en est séparée et que le mouvement de déflexion de la tête a étiré la région cervicale antérieure en la faisant apparaître.

D'après Wenglowski, pour la formations qui existent très bas dans le cou, la théorie branchiale ne peut s'appliquer et il soutient la théorie thymo-pharyngienne basée sur l'existence fréquente des résidus du canal thymo-pharyngien chez l'homme normal.

On sait que cet appareil dérive de la troisième poche branchiale. Sur 65 cas étudiés histologiquement en coupes sériées, Wenglowski a trouvé vingt et une fois des restes plus ou moins étendus de ce canal et justement dans les régions où existent les kystes les plus fréquents.

La structure histologique des lésions : tissus

épithélio-lymphoïdes, beaucoup plus rarement, acini salivaires, corpuscules de Hassal s'explique bien, si on admet leur origine aux dépens de l'ébauche thymique.

Cette opinion a paru formable pour un grand nombre de cas à Simon-Schultz Fontaine (1).

Ils rejettent la théorie de l'enclavement soutenue par Forgues. La théorie thyroïdienne de Berger et la théorie de l'hétérotopie épithéliale dans les ganglions, récemment reprise par Menetrier, Peyron et Surmont.

En outre, par suite du développement prépondérant du deuxième arc, les deux derniers sont enfouis vers la base du cou, formant là le « sinus Praecervicalis ». A ce niveau, il existerait dans le mesenchyme des éléments appartenant aux trois feuilletts et qui pourraient donner naissance à des tumeurs kystiques complexes.

(En somme, voici trois conceptions entièrement différentes. Nous verrons comment les théories modernes nous permettent de les concilier.

Anatomie pathologique.

Les kystes peuvent revêtir plusieurs aspects. Pour le Professeur Ombredanne, notre maître, les kystes pré-sternaux sont avant tout des kystes dermoïdes.

(1) Archives franco-belges de chirurgie 1925, Mars, p. 203.

Leur forme est très variable, généralement arrondie, elle peut être bilobée ou allongée (kyste canaliculé de Larey).

Le volume de ces tumeurs peut atteindre celui d'un œuf ou même le dépasser. Le plus souvent, ils siègent dans les plans superficiels sans contracter de connexions avec la peau.

1° *Paroi.*

Son aspect et sa structure sont ceux du tégument externe, sa surface interne est tantôt lisse, unie, à reflets nacrés, tantôt tomenteuse, irrégulière, rappelant la muqueuse de l'estomac ou une vessie à colonnes, suivant la comparaison de Mahot.

On peut trouver en certains points de la paroi des poils implantés, des grandes sudoripares ; plus rarement des ongles et des dents.

Au microscope. — La paroi de ces kystes apparaît constituée par les mêmes éléments que la peau. Le derme est formé de fibres conjonctives entrelacées.

La seule caractéristique est de n'avoir pas de papilles. On considère cette particularité comme un caractère fœtal du derme. L'épiderme forme ici les mêmes couches que dans la peau.

A noter que, dans la paroi de certains kystes dermoïdes, on a trouvé des éléments parfaitement différenciés du tissu osseux et cartilagineux (Virchow).

2° Contenu.

Il est souvent formé par de la matière sébacée qui apparaît sous la forme d'un magma blanchâtre ayant la consistance d'une bouillie, ce qui a fait dénommer ces kystes « kystes athéromateux ». Celse comparait le contenu à du miel. On l'a aussi comparé à du beurre, à du mortier, et à des châtaignes cuites.

Au sein de cette matière, on peut retrouver, comme dans la paroi, des poils, des dents et aussi des fragments osseux et cartilagineux. D'autres fois, le contenu de ces kystes est simplement liquide (kystes huileux). Il peut subir, dans d'autres cas, la transformation calcaire (kystes pierreux).

Mais il existe aussi une autre variété de kystes qui semble se rapprocher beaucoup plus du type de notre observation. Ce sont :

Les kystes mucoïdes.

Ils furent bien étudiés par Lannelongue. Ils diffèrent des premiers par la structure de leur paroi et par la nature de leur contenu.

1° Paroi.

Elle a la structure d'une muqueuse avec un épithélium cylindrique garni parfois de cils vibratiles.

2° Contenu.

C'est une masse filante-muqueuse.

Ces kystes mucoïdes, beaucoup moins fréquents

que les dermoïdes, ont leur siège de prédilection sur la ligne médiane ; dans la région latérale, ils revêtent plutôt l'aspect de kystes mixtes dont la paroi est en partie cutanée et en partie muqueuse. Les observations de Neumann et Baumgarten les ont signalés.

Notre cas s'en rapproche beaucoup par la nature de l'épithélium et son aspect sécrétoire. Il s'en écarte par le tissu lymphoïde et l'aspect purulent de son contenu.

Enfin, signalons les *kystes épithélio-lymphoïdes*.

Si certains auteurs ne les ont pas signalés, il convient de les inclure dans le cadre de cette étude.

Ils sont caractérisés par leur siège profond, la structure de leur paroi : formée d'un épithélium de revêtement, doublé d'une lame, toujours épaisse, de tissu lymphoïde. C'est pourquoi on les a appelés *épithélio-lymphoïdes*.

Terrier et Lecène, qui ont insisté sur la fréquence de ces kystes, frappés par l'analogie de leur structure avec les amygdales, les nomment kystes amygdaloïdes. Ils siègent surtout dans la région latérale du cou, mais, chose importante au point de vue de la pathogénie, ce n'est pas là un siège exclusif et on en a trouvé sur la ligne médiane et même au-devant du sternum (à l'encontre des kystes dermoïdes, ils sont sous-aponevrotiques). Leur paroi est formée de trois couches superposées :

— un revêtement épithélial interne, une couche sous-épithéliale (lymphoïde), une couche fibreuse.

a) Le revêtement épithélial est constitué par un épithélium pavimenteux stratifié, avec par places, des cellules cylindriques ciliées, rappelant celles du pharynx de l'embryon.

b) La couche sous-épithéliale est formée par des tissus lymphoïdes. C'est elle qui caractérise ces tumeurs.

c) La couche fibreuse externe est formée de larges faisceaux ondulés.

Contenu.

Tantôt liquide huileux, tantôt liquide blanchâtre ou jaunâtre, d'aspect purulent. Pour cette hypothèse, dans le cas qui nous occupe, on peut relever : les placards lymphoïdes, l'aspect purulent ; contre : l'enclavement des cellules ciliées à caractère sécrétoire, le siège susaponévrotique.

Enfin, et beaucoup plus rare dans cette région, est une autre variété : les kystes séreux congénitaux ; il semble qu'il faille les distinguer des kystes congénitaux proprement dits. Nous les verrons au diagnostic.

Historique — Pathogénie.

L'origine et la nature des différentes tumeurs kystiques que nous venons d'étudier sont encore

entourées aujourd'hui de beaucoup d'obscurité. Il est cependant très intéressant de rechercher quelles sont les principales théories émises à ce sujet et surtout de montrer comment ces doctrines se sont développées parallèlement à nos connaissances anatomiques et embryologiques.

L'évolution des idées touchant la nature des différents kystes congénitaux est passée par différentes phases :

1° *Phase préembryologique.*

Jusque vers le milieu du xix^e siècle, on ne sait rien de l'origine de ces tumeurs dont on ne connaissait même pas le caractère congénital.

2° *Phase embryologique.*

A ce moment, on commence à connaître le développement de la région cervicale. On a étudié la structure et l'évolution des arcs branchiaux et on tend à leur rapporter la plupart des malformations congénitales de la région : ère de la théorie branchiale.

3° *Phase récente.*

Depuis les travaux de Vialleton sur la formation du cou et le rôle topographique des arcs branchiaux, on attribue aux formations branchiales un rôle moins important dans la pathogénie des kystes du cou, celles-ci devenant des tumeurs mixtes.

Cette conception nous rapproche de la conception de notre maître, le Professeur Ombredanne, qui attache à la théorie blastomérique un rôle de la valeur la plus haute.

A. — *Phase préembryologique.*

On a observé dès la plus haute antiquité des kystes congénitaux du cou. Celse parle même dans un de ses ouvrages de tumeurs enkystées situées dans le cou, et contenant une matière semblable à du miel et renfermant même des petits os et des poils : « Interdum etiam minutis ossibus pili immixti ».

Au Moyen Age, on ne trouve aucune observation de ces kystes qu'on confondait probablement avec les tumeurs de la glande thyroïde.

B. — *Phase embryologique.*

En 1839, Hensinger, le premier, montra les relations de ces kystes avec les formations branchiales de l'embryon. Viennent alors les travaux de Howkins et Holmes, Coote en Angleterre, de Kolmann et Sultan, en Allemagne ; de Lannelongue, Achard, Kirmisson, en France. Ceux des embryologistes ; His, Rathke, Balfour. De l'ensemble de ces travaux sort la théorie branchiale de presque tous les kystes congénitaux du cou. Cette théorie a pour base les notions classiques d'embryologie que nous avons vues plus haut : Les kystes dermoïdes, provenant d'une

inclusion du deuxième sillon branchial externe ; les kystes amygdaloïdes, provenant d'une inclusion au niveau du deuxième sillon branchial interne.

Voyons comment cela s'applique aux différents types de kystes que nous avons étudiés.

1^o Pour les dermoïdes, mucoïdes, leur développement s'explique aisément dans cette hypothèse par les enclavements au niveau d'une fente branchiale.

2^o L'origine branchiale des kystes épithélio-lymphoïdes a été soutenue par Pilliet et surtout par Terrier et Lecène.

On sait, depuis les travaux de Retterer, que l'épithélium pharyngien forme, au niveau de la deuxième fente branchiale des invaginations en doigt de gant qui sont la première ébauche de l'amygdale. La paroi de ces digitations épithéliales s'épaissit et, de ces épaisissements épithélioux dérivent l'épithélium de revêtement et le tissu lymphoïde de l'organe. Terrier pense qu'une de ces digitations peut s'inclure, être inutilisée, et donner naissance à une tumeur kystique qui contiendra à la fois un épithélium et du tissu lymphoïde.

Cette théorie pathogénique des kystes amygdaloïdes est évidemment séduisante. Nous verrons ultérieurement quels sont ses points faibles.

A l'appui de la théorie branchiale et dans un cadre voisin de la question vient de se situer la ré-

cente observation de Barge à propos d'un « kyste congénital de la région cervicale latérale droite développée aux dépens des vestiges latéraux du « sinus cervical ». L'auteur déclare : « ... tout plaide en faveur d'un développement aux dépens des vestiges embryonnaires cervicaux latéraux, vésicules ou sinus cervical et canaux ectodermiques, les mettant en connexion directe avec les fentes branchiales ».

A ces faits théoriques, longuement étudiés, cet auteur vient apporter une observation et un compte rendu opératoire qui ne laissent aucun doute sur le rôle important des fentes branchiales dans la genèse de la formation du cou.

Malgré les nouvelles observations en faveur de la théorie branchiale, dans une phase récente, on a vu apparaître une critique sévère, qui a battu en brèche les conceptions jusque-là admises.

Dans un mémoire paru en 1908 sur le rôle topographique des arcs viscéraux et la formation du cou, Vialleton émet l'idée que l'appareil branchial n'a qu'une part dans cette formation.

« L'homme ne possède pas d'arcs branchiaux, il n'a que des ébauches, des rudiments d'arcs branchiaux et la durée de cet appareil branchial rudimentaire est strictement transitoire. »

Sur un embryon de 15 millimètres, on ne trouve déjà plus trace de ce dernier.

Vialleton a démontré que toute la région du cou comprise approximativement entre l'os hyoïde et les clavicules ne dérive pas du tout des arcs branchiaux,

mais d'une jonction de la paroi médiane ventrale interposée entre les extrémités antérieures de ces arcs et qu'il nomme *paroi pré-péricardique*.

Cette masse de tissu qui sépare, sur la ligne médiane, les arcs branchiaux, dans laquelle les fentes branchiales externes ne se prolongent pas, n'a rien à faire avec l'appareil branchial.

Nous ne pouvons insister sur les détails que donne Vialleton sur le développement du cou, mais il en résulte très nettement que ces enclavements de tissus entre deux arcs branchiaux qui s'accolent sont matériellement impossibles, soit dans la région parotidienne, soit dans la région carotidienne ou sous-maxillaire, mais cette question dépasse le cadre de cette étude.

Pour remplacer cette théorie, on a invoqué l'analogie frappante qu'il y a entre les kystes congénitaux du cou et les tumeurs mixtes des autres régions (Forgues-Massabuau).

D'après ces auteurs, les kystes dermoïdes du cou ont bien rarement une structure dermoïde pure ; dans leur paroi on peut trouver des éléments cartilagineux, etc...

Or ne voit-on pas un fait analogue dans l'ovaire. Les tumeurs mixtes de cet organe se présentent toujours avec une prédominance des éléments ectodermiques : elles revêtent le type du kyste dermoïde ou dermo-mucoïde, absolument comparables aux kystes mixtes du cou (Neumann et Baumgarten).

Ainsi que Chevassu, pour les kystes dermoïdes du testicule, le soutenait, les kystes dermoïdes du cou sont des tumeurs mixtes simplifiées.

On en pourrait dire autant des kystes épithélio-lymphoïdes. La théorie branchiale ne s'appliquerait pas sans difficulté à tous ces kystes.

Peut-on vraiment parler des malformations branchiales pour ceux qu'on trouve dans la région sternale et sur la ligne médiane ?

Le Professeur Ombredanne a apporté, sur toute cette question de pathogénie, des précisions d'une très grande clarté et a redonné à la théorie blastomérique toute l'importance qu'il convient de lui accorder.

Déjà Wilms, en 1896, essaie d'expliquer la formation des kystes dermoïdes, explication valable pour tous les embryons en général.

Elle se base sur le fait qu'à tout stade de son évolution, un embryon peut subir dans l'une de ses parties un arrêt de développement.

Cet arrêt de développement peut avoir une grosse influence s'il porte sur un embryon très jeune et il peut durer relativement longtemps.

Une cellule, un groupe de cellules peuvent donc rester « en sommeil ». Des variations vont se produire dans le milieu avoisinant, variations qui troubleront leur croissance, leur activité, lorsque celles-ci se réveilleront de nouveau.

L'arrangement, par rapport l'un à l'autre, des éléments cellulaires qui vont proliférer au moment

de leur réveil va être très divers et anormal, précisément à cause du milieu modifié où ils se multiplient (1). « L'îlot cellulaire en sommeil se trouve dans la situation du dormeur que le sable a enlisé pendant sa torpeur et qui, au moment de son réveil, s'épuise en efforts désordonnés dans le milieu qui l'enserre... »

« ... Les cellules qui entrent à nouveau en activité ont l'aptitude créatrice qu'elles avaient au moment de leur évolution et avec le degré de spécialisation créatrice qu'elles avaient déjà acquis. Elles donneront donc naissance au même type de cellules qu'elles allaient produire au moment où l'arrêt de développement les a touchées » (Ombredanne).

« ... Mais ces cellules sont plus jeunes, plus récentes que celles qui constituent les tissus environnants. On conçoit donc la possibilité en sommeil de toutes sortes de cellules dont la prolifération retardée donnera naissance à un tissu déterminé » (Ombredanne).

Aussi, une question se pose.

Que doit-on penser de la théorie branchiale ? Si les fentes branchiales ont une grande importance sur la topographie de certaines tumeurs comme les angiomes, il ne semble pas qu'il en soit de même pour les kystes du cou. Nous avons vu l'opinion de Vialle-

(1) Précis de chirurgie infantile, Ombredanne, p. 221.

ton à ce sujet. Et pourtant, nul doute que le cou ne soit la région de prédilection de types nombreux d'embryomes, kystes dermoïdes, kystes pharyngoïdes, lymphangiomes kystiques, tumeurs mixtes à évolution longtemps bénigne jusqu'au jour où leur malignité éclate enfin, Branchiomes malins d'emblée (sortes de chondro-myxo-épithéliomes).

La théorie blastomérique n'est donc pas en contradiction avec l'inclusion branchiale de Verneuil. Il suffit de ne considérer dans l'inclusion (Verneuil), dans l'enclavement (Lannelongue), qu'un fait en relation avec l'arrêt du développement d'un groupe cellulaire.

On a pu se demander quel était l'élément empêchant la croissance des blastomères et aussi quels étaient les facteurs qui présidaient à leur soudaine prolifération.

On a signalé comme hypothèses des faits dont l'étude n'a pu être encore menée entièrement à bien.

Retenons seulement les deux théories suivantes :

a) Oscillations à haute fréquence capables d'influencer l'activité de karyokynèse des cellules incluses en rapport avec les variations du taux de l'Ion Potassium dans les tissus.

b) Influence des microbes pathogènes sur la perméabilité plus ou moins spéciale des membranes péricellulaires.

Mais ce sont là des faits qui n'ont pu encore recevoir une confirmation certaine.

Quoi qu'il en soit, cette théorie blastomérique à elle seule, bien plus que les théories embryologiques, suffit à expliquer la formation de toutes les tumeurs congénitales du cou. Dans le cas particulier qui nous occupe, étant donné la situation anatomique de la tumeur, sa constitution histologique, il est difficile d'adopter, pour expliquer sa constitution, une théorie embryologique pure. Seule la théorie blastomérique paraît nous donner une solution beaucoup plus vraisemblable.

Etude Clinique.

Ces considérations, de l'ordre purement spéculatif, ne doivent cependant pas nous détourner de l'examen clinique. C'est lui qui, en fin de compte, nous permettra bien souvent de faire le diagnostic et par là même, de poser l'indication opératoire.

Inspection.

On constate l'existence d'une tumeur dans la région sus-sternale ou contre le sternum, de forme extrêmement régulière, nettement circonscrite ovoïde. La peau à son niveau est d'aspect normal, ni rougeur, ni circulation collatérale.

Palpation.

Leur consistance est variable, dure ou pâteuse, en cas de kyste dermoïde, molle et rénitente, en cas de kyste mucoïde. La peau est mobile sur la tumeur,

c'est une tumeur toujours irréductible. Parfois, signalons qu'on a pu y déceler de la fluctuation. Cette impression peut être trompeuse si les téguments sont épais à ce niveau.

Ces caractères individualisent une tumeur superficielle.

Connexions.

L'impression de limitation nette donnée par la palpation doit faire penser que la tumeur est mobile, c'est-à-dire n'a pas contracté d'adhérence avec les tissus voisins.

Comme dans toutes tumeurs du cou, les kystes parasternaux médians présentent une mobilité transversale nette et peu de mobilité verticale.

Il ne sera pas rare de sentir, à la partie postérieure de l'organe, un prolongement qui file en arrière.

C'est ce qui s'est produit dans notre cas où la tumeur semblait se prolonger en arrière vers le sternum par un tractus fibreux.

Cela justifie bien l'opinion émise par Ombredanne : « ... tous les kystes (congénitaux) du cou sont cliniquement superficiels et paraissent donc faciles à enlever chirurgicalement, mais presque tous semblent avoir un prolongement profond qui paraît aller s'attacher au squelette... ».

Il faut noter que cette tumeur, à la base du cou, est toujours unique, elle ne s'accompagne pas de retentissement ganglionnaire.

Symptômes fonctionnels.

Ils sont généralement peu marqués : la douleur est nulle au début, les phénomènes de compression n'apparaissent que tardivement lorsque la tumeur a pris un volume considérable.

Evolution.

L'âge auquel débute la tumeur est très variable, le plus souvent, elle existe à la naissance, d'autres fois, elle est apparue pendant les premières années, pendant l'adolescence et même pendant l'âge mûr. On le voit généralement se développer lentement et progressivement, rarement ces kystes mettent les jours de l'enfant en danger.

Leur début et leur mode d'évolution peuvent cependant être différents : on a trouvé des kystes volumineux chez le fœtus de 3 et 4 mois. D'autres fois, ils peuvent menacer la vie de l'enfant, soit par compression mécanique, soit par une sorte de cachexie résultant des difficultés de l'alimentation.

Des complications peuvent survenir et modifier cette évolution.

Complications.

Elles sont de deux ordres :

Mécaniques ou infectieuses.

a) Les complications mécaniques consistent surtout en phénomènes d'asphyxie.

b) Les complications infectieuses consistent surtout dans l'inflammation de la suppuration du kyste et la fistulation secondaire avec fistule interminable et l'écoulement d'un liquide visqueux jaunâtre.

Diagnostics différentiels.

Devant une tuméfaction de la base du cou, la question qui se pose est de savoir si c'est une formation kystique.

On éliminera :

a) l'abcès froid ganglionnaire, c'est le gros diagnostic. L'évolution en est différente. La tuberculose ganglionnaire évolue plus vite vers le ramollissement et la fistulation et s'accompagne d'un état général plus ou moins atteint. Au contraire, l'enfant porteur d'un kyste est le plus souvent florissant. Cette même raison évitera de confondre un kyste fistulisé avec une fistule bacillaire.

Enfin l'abcès n'est que très rarement strictement médian et les ganglions proches ou lointains sont perceptibles. Antécédents de tuberculose.

b) le sarcome ganglionnaire. — Il évolue plus vite, retentit sur l'état général et s'accompagne de phénomènes douloureux.

c) le lymphadenome. — Donne des tumeurs au niveau de la base du cou, mais la diffusion des lésions qui existent en même temps aux aisselles et aux aines, leur latéralisation fréquente permettent le diagnostic.

d) les goîtres aberrants de la thyroïde. — Peuvent créer des difficultés de diagnostic ; surtout s'ils ne coïncident pas avec une hypertrophie de la glande. On se basera, pour le diagnostic, sur les notions étiologiques, la mobilité verticale avec la déglutition.

C'est beaucoup plus difficilement qu'on éliminera :

1° le lipome congénital, la peau qui le recouvre prend cependant, quand on la plisse, un aspect gaufré particulier, qui est l'indice de l'adhérence du lipome au derme.

2° l'angiome, non pas l'angiome cutané, mais l'angiome profond, qui pourra être très malaisé à reconnaître. On se basera sur la réductibilité presque complète de la tumeur angiomateuse, sur son augmentation de volume et de tension pendant les efforts. La ponction doit être employée en dernier ressort, dans les cas difficiles ; dans le cas d'angiome, elle donne issue à un liquide sanguin dont l'écoulement est continu.

Nous sommes ainsi arrivés à admettre l'existence d'un kyste congénital.

A quelle variété avons-nous à faire ? Il faut savoir qu'il existe des kystes dermoïdes pré-sternaux qui n'entrent d'ailleurs pas dans le cas de cette étude. C'est une affection rare également (observation de Rouville et Martin à la Société anatomique 1904 ; celle plus récente de Mondor et Paulette, Gauthier-

Villars). En fait, la présence de ce kyste devant la première pièce sternale permet de lui attribuer sa véritable signification.

Pour le reste, il faut savoir que nous connaissons trop mal les caractères cliniques appartenant à chaque variété de kystes pour que ce diagnostic soit facile. En réalité, il faut l'avouer, on ne le fait généralement pas. Tout au plus, peut-on dire qu'en face d'un kyste superficiel, on pensera plutôt à un kyste dermoïde. Pour les autres variétés de kystes, la confusion règne ; le diagnostic opératoire est souvent entaché d'erreurs. L'examen histologique seul permet les conclusions nettes.

Pronostic. Indications opératoires.

D'une manière générale, un kyste congénital du cou constitue une affection bénigne. Il évolue lentement sans s'accompagner de complication, sans retentir sur l'état général. C'est là la règle. Elle comporte des exceptions, et on a signalé des kystes congénitaux qui se sont comportés comme des tumeurs malignes ; même, dans un cas de Samter, une récurrence survint après l'ablation de la tumeur et, à l'autopsie, on trouva des métastases néoplasiques dans l'appareil pleuro-pulmonaire et dans le foie.

C'est, ajouté aux considérations de l'esthétique, une raison de plus pour intervenir opératoirement.

Les indications opératoires varient suivant :

1°) l'âge du sujet. Un tout jeune enfant n'est

pas toujours susceptible de supporter impunément les frais d'une opération sanglante. Il est préférable en ce cas de s'abstenir et d'attendre pour intervenir, qu'il ait atteint l'âge de 2 ans ou de 4 ans.

2°) le sexe du sujet. Chez une fillette, en dehors des cas de nécessité urgents, il sera sage, surtout si le kyste est peu volumineux, d'être radical le moins possible, pour ne pas déterminer une cicatrice parfois très disgracieuse.

Traitement.

Le traitement de choix consiste dans l'extirpation complète... Il faut autant que possible enlever la poche sans la rompre. C'est le plus souvent impossible en cas d'adhérences.

CONCLUSIONS

Notre observation est intéressante à plus d'un titre, puisqu'elle est complète.

La comparaison du siège du kyste et de son étude anatomo-pathologique montre bien qu'on ne saurait admettre une étiologie univoque à tous les kystes congénitaux du cou.

Ceux qui sont, comme le nôtre, très bas situés, semblent néanmoins bien devoir relever essentiellement de la théorie blastomérique qui seule, en donne une explication rationnelle en même temps que simple et, par là même, séduisante.

Vu : *Le Doyen*,
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président*,
GOSSET.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Nous nous excusons de n'avoir pu compléter cette Bibliographie, étant donné les circonstances. Nous devons cependant remercier les « Fichiers du Monde Médical » qui ont mis une importante documentation de références à notre disposition.

Barge P. — Kyste congénital de la région cervicale latérale droite développé aux dépens des vestiges latéraux du « sinus cervical ». — (Ann. d'anat. path. 15 : 1025-1031 déc. 1938).

Baumgartner C.-J. — Branchial and thyroglossal duct cyst and fistula in children. — (Surg. Gynec. and Obst. 56 : 948-955 May 1933).

Beck W.-C. — Kystes branchiaux de l'enfance. — (Surgery, vol. 1 N° 5, mai 1937, p. 792-800 in : Journal de chirurgie, février 1938, N° 2 P. 261).

De Gaetano. — Kystes et fistules congénitaux du cou. — (Archivio di Oetopedia, vol. 53, fasc. 3, 30 sept. 1937).

Ionescu N.-V. — Congenital median cysts and fistulae of neck. — (Rev. San. Mil. Bucuresti, 35 : 71-80 Jan. 1936).

- Lesage.* — Kystes séreux congénitaux du cou. — (Pédiatrie, N° 1, Janvier 1930 P. 22).
- Marx.* — Sur le développement des kystes et fistules congénitaux du cou. — (Run's Beitrage zur kl. Ch. T. 168 N° 3 Oct. 1938 P. 435-448 in : Presse médicale 9 août 1939 N° 63 P. 123).
- Meyer W.* — Kystes congénitaux et fistules du cou. — (Annals of surgery, Philadelphie, vol. XCV N° 1 Janvier 1932, N° 2, Février 1932).
- Meyer H.-W.* — Congenital cyst and fistulae of neck. — (Ann. Surg. 95 : 1^{er} Janv. 226, Fév. 1932).
- Rosenauer F.* — Branchiogenie anomalies (cysts and fistulae) associated with larynx. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1930 P. 304).
- Safta E.* — Congenital cervical cyst. — (Cluj. Med. 12 : 595-598 Nov. 1 1931).
- Takahara T. et Watanabe D.* — Riesige angeborene seitliche Halszyste (II Fall von Sinteressanten Fällen von Halserkrankungen. — (Oto-rhino-laryng. 12 : 44-45 Jan. 1939).
- Tavares Lopes et Fonseca E. Castro.* — Kyste mucoïde branchial. — (Ann. d'anat. Pat. Mars 1930).
- Trepsat Pierre.* — Un cas de kyste congénital du cou à symptomatologie de laryngocèle. — (Thèse de Paris 1937).

Vassilieff A.-I. — Branchiomes kystiques. — *Vestnik khir.* N° 58 1930 P. 181).

Wadon A. — Fistules et kystes congénitaux du cou.
— (*Polsk Przegląd oto-laryng.* vol. XII Fasc. 3
4 octobre 1936 in : revue de la ryng.-oto. et
Rhinologie, N° 3, Mars 1937).

Wangensteen H.-H. — Differentiation of branchial
from other cervical cysts by X ray examination.
— (*Ann. Surg.* Mars 1931, P. 790).

Moatti. — Th. Paris 1929.

Forgues. — Path. Externe (t. 2, p. 277).

Ombredanne. — Précis de chirurgie infantile.

Delbet. — Leçon clinique, 12-4-23.

G.-B. New, J.-B. Erich. — Surg.-gynec.-obstetrics
(vol. 65, Juil. 1937).

Simon, Schultz, Fontaine. — Archives Franco-Bel-
ges chirurgie 1925, p. 203.

